

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COBEÑA	BONES	EDUARDO MISAE	02	08	2012	13 años, 5 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350332373	MANABI	CHONE	CONVENTO	PEDRO VERA FAULA y	096-808-3487 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1350332373	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	01	07
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

S: PACIENTE MASCULINO ADOLESCENTE DE 13 AÑOS DE EDAD ACOMPAÑADO DE SU MADRE REFIERE ALZA TÉRMICA DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN MAS CEFALEA HOLOCRAEANA DE MODERADA INTENSIDAD ACOMPAÑADO DE ALTRALGIAS, REFIERE QUE HACE 48 HORAS REALIZO DEPOSICIONES DIARREICAS EN NUMERO DE 4 Y NAUSEAS QUE NO SE ACOMPAÑAN DE VÓMITOS, HACE APROXIMADAMENTE 12 HORAS COMENZÓ CON DOLOR ABDOMINAL, HA TOMADO PARACETAMOL 500 MG CADA 6 HORAS Y SALES DE REHIDRATACION ORAL, SE ADMINISTRO 500 MG DE METAMIZOL INTRAVENOSO CON APARICION DE URTICARIA Y PRURITO EN REGION FACIAL, CUELLO Y TRONCO SUPERIOR CON EDEMA PERIORBICULAR, INDICA QUE ESTO EPISODIOS HA SIDO REPETITIVO DESDE LOS OCHO AÑOS DE EDAD RELACIONADO CON EL CONSUMO DE AINES SIN COMPROMISO DE VÍAS RESPIRATORIAS, REFIERE QUE NO ESTA RELACIONADO CON ALIMENTOS, PICADURA DE INSECTOS, FRIO O CALOR. APP: NO REFIERE, APQ APENDICECTOMÍA HACE 2 AÑOS APF: TIA CON URTICARIA CRÓNICA, ALERGIAS A LOS AINES. O: ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. EXPLORACIÓN FÍSICA PRESENCIA DE HABONES EN REGIÓN DE TRONCO SUPERIOR CUELLO Y CARA, EDEMA PERIORBICULAR Y DE LABIOS, SIN AFECCIÓN DE PIEL DE MIEMBROS SUPERIORES, INFERIORES O ABDOMEN. TORAX: MURMULLO VESICULAR NORMAL Y RUIDOS CARDIACOS AUMENTADOS DE TONO Y RÍTMICOS, PRUEBA DE DERMATOGRAFISMO NEGATIVA. EN REGION DE MIEMBROS SUPERIORES DE APRECIA XEROSIS. ANALISIS: PACIENTE SE DIAGNOSTICA CON URTICARIA CRÓNICA DE POSIBLE ETIOLOGIA MEDICAMENTOSA Y POSIBLE ANGIOEDEMA MAS LINFOPENIA. PLAN SE ADMINISTRA HIDRATACIÓN INTRAVENOSA CLORURO DE SODIO AL 0.9% A DOSIS DE 10ML/KG/HORA MAS 500 MG DE PARACETAMOL VÍA ORAL, 10 MG DE LORATADINA VIA ORAL, CON MEJORÍA DE LOS SINTOMAS SE MANTIENE EN OBSERVACION POR 5 HORAS, SE PRESCRIBE 10 MG DE LORATADINA CADA 12 HORAS, SE ENVIÁ HIDRATACIÓN ORAL, EDUCACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA, EVITAR CONSUMO DE AINES Y METAMIZOL, REPOSO RELATIVO Y REFERENCIA A ESPECIALIDAD DERMATOLOGÍA PARA DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y MANEJO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUÍNEOS: HEMOGLOBINA 13.8 G/DL, HEMATOCRITO 40.6%, VCM 87.8 UM, HCM 29.7 PG, PLAQUETAS 200.000, GLOBULOS BLANCOS 4.160, LINFOCITOS 15.2% (630), NEUTRÓFILOS 78% (3.250), MONOCITOS 5.8%, EOSINÓFILOS 0.7% (0.03), BASÓFILOS 0.01, DENGUE NS 1 0.06 NEGATIVO. EXPLORACIÓN FÍSICA. CABEZA: SIN PRESENCIA DE TRAUMATISMO, OJOS LA EXPLORACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS EXTERNA EDEMA DE PÁRPADOS CON PRESENCIA DE CONJUNTIVITIS, SIN PRESENCIA DE ICTERICIA, PALIDEZ. EL OÍDO SIN LESIONES NI DATOS DE INFLAMACIÓN PERMEABILIDAD DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO. LA NARIZ PERMEABLE NO ESTÁ DESVIADA Y NO SE APRECIAN ZONAS DE INFLAMACIÓN. CAVIDAD ORAL PRESENCIA EDEMA DE LABIOS, MUCOSA FARÍNGEA SIN LESIONES. CUELLO: PRESENCIA DE HABONES Y ERITEMA, SIN PRESENCIA DE ADENOPATIAS PALPABLES, SIMETRICO, TIROIDES NO PALPABLE. TORAX: PRESENCIA DE HABONES Y ERITEMA, CON ESTIGMA DE RASCADO, MURMULLO VESICULAR NORMAL Y RUIDOS CARDÍACOS AUMENTADOS DE TONO Y RÍTMICOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
URTICARIA ALERGICA	L500		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-07	12:44	Medicina Rural	JEFFERSON ENRIQUE SABANDO CELORIO	1314467984	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-07	12:44	Medicina Rural	JEFFERSON ENRIQUE SABANDO CELORIO	1314467984	